

MÉMOIRES ORIGINAUX.

I

DES NÉVROSES RÉFLEXES DÉTERMINÉES
PAR LES AFFECTIONS NASALES

(ASTHME, SPASME LARYNGÉ, APHONIE ET DYSPNÉE SPASMODIQUE,
APHONIE HYSTÉRIQUE, MIGRAINE, NÉVROSES, ETC.)

Par le Dr **Theodor HERING**,

Chef de service à l'hôpital Saint-Roch, à Varsovie.

La découverte faite par Voltolini, en 1877, que l'asthme est en rapport avec la présence des polypes du nez, et qu'il disparaît après l'ablation de ces derniers, fut bientôt confirmée par les observations d'autres auteurs, tels que Hä-nisch, B. Fränkel, Hartmann et Schäffer.

Il a été également prouvé que, comme l'avait fait pressentir Voltolini, les accès de suffocation coïncidaient surtout avec la présence des polypes petits et mobiles, tandis qu'une obstruction complète du nez par de grands polypes ne provoquait pas d'accès.

D'autres recherches sur les névroses réflexes ont été publiées dernièrement par Herzog, Wille, Schadowald et Bernard Fränkel (1). Ces dernières n'ont point attiré l'attention qu'elles méritaient. Hack a repris cette question, et a analysé toute une série d'altérations nerveuses, provenant d'un état pathologique des fosses nasales.

Les aperçus de Hack (2), publiés en 1884, se résument de la manière suivante :

A la suite de l'irritation de la muqueuse du nez, sous l'influence de l'hyperhémie locale, les corps caverneux des cornets inférieurs peuvent augmenter de volume. Cette altération

(1) *Berliner klin. Wochenschr.*, n° 16, j., 1881.

(2) *Ueber eine operative Radicalbehandlung bestimmter Formen von Migräne, Asthma Heufieber*, Wiesbaden, 1884.

est la suite : 1° de variations de la température (froid ou chaleur), de la poussière ou de l'air vicié ; 2° de l'irritation de certains nerfs des sens ou de la peau ; 3° elle est due à l'action de ce que Hack appelle les nerfs érecteurs (*nervi erigentes*). Sous l'influence de ce gonflement des cornets, d'habitude accompagné d'une tension de la muqueuse, nous voyons surgir, même dans les appareils relativement éloignés, des symptômes réflexes, tels que : l'asthme, la migraine, le spasme du larynx, le vertige, l'éternuement spasmodique, les névralgies du trijumeau et de son rameau sus-orbitaire, des scotomes (mouches volantes).

Hack a également observé des névroses vaso-motrices, telles que : gonflement passager de la peau de la face (*érythème*), des paupières et du pourtour du nez ; des altérations dans la sécrétion des larmes et du nez, ainsi que des accès de toux dite nerveuse.

Il rattache au même groupe l'évolution de la fièvre, dite des foins, et même certaines attaques épileptiformes ; il prétend que toutes ces affections peuvent être provoquées par des altérations des fosses nasales. D'après lui, toute cette série de symptômes peut être interrompue par la disparition des causes directes, c'est-à-dire par l'application du galvanocautère sur les corps caverneux des cornets, pour produire leur destruction.

Hack a basé ces données sur un grand nombre d'observations casuistiques, et ces résultats sont en effet surprenants. Aussi, ont-ils amené toute une série d'études dont le plus grand nombre confirment ces déductions, tandis que peu d'observateurs ont mis en doute ses théories et l'utilité du traitement chirurgical.

Quoi qu'il en soit, il est incontestable que les recherches de cet auteur ont élargi le cadre de nos connaissances sur les affections réflexes, causées par les altérations du nez.

Sommerbrodt (1) a publié des observations tendant à prouver que certaines bronchites, sans accès de suffocation, dépendent d'une dilatation réflexe des vaisseaux sanguins de

(1) *Berliner klin. Wochenschr.*, j. 1884, n° 10, j. 1885, n° 11.

la muqueuse des bronches. Ici également, la cautérisation galvano-caustique de la muqueuse des cornets inférieurs paraît avoir guéri d'une façon expéditive et radicale des bronchites même anciennes. E. Fränkel a décrit des cas de salivation opiniâtre supprimée par le même procédé, c'est-à-dire par la destruction des cornets boursoufflés.

Hack prétendait d'abord que le gonflement des bords antérieurs des cornets inférieurs était la cause principale des névroses réflexes, et il considérait ce gonflement non comme le résultat d'une rhinite chronique, mais comme une altération développée indirectement sous l'influence de l'irritation des nerfs érecteurs. Bientôt, cependant, ses propres observations le forcèrent à étendre ses conclusions, car les névroses réflexes accompagnaient également le gonflement des cornets moyens du nez sur leurs deux bords, antérieur et postérieur.

La présence des polypes dans les fosses nasales lui semblait plutôt entraver le développement des névroses, surtout lorsque leurs dimensions empêchaient les cornets de se tuméfier, et il croyait qu'en général la muqueuse peu altérée était plus prédisposée aux névroses réflexes que la même membrane dégénérée par des rhinites opiniâtres et chroniques.

Pour Hack, le gonflement des cornets ne résultait nullement d'un catarrhe chronique du nez, mais dépendait de l'irritation des nerfs.

Cette théorie a été fortement ébranlée par E. Fränkel (1), qui, à la suite de recherches microscopiques, instituées sur les parties antérieures des cornets inférieurs enlevées par le galvano-cautère, arriva aux conclusions suivantes : le gonflement des cornets provient d'un processus inflammatoire, c'est-à-dire de l'hypertrophie de la muqueuse recouvrant la charpente osseuse. Cette hypertrophie, le plus souvent limitée à la muqueuse, englobe cependant quelquefois le tissu caverneux des cornets, soit d'une façon circonscrite (tubercule), soit diffuse. Aussi les tumeurs présentent-

(1) *Sammlung klin. Vorträge*, n° 242, 1884.

elles deux aspects différents. Dans le premier cas, elles sont d'un gris rose, molles, élastiques; dans le second, c'est-à-dire là où le tissu caverneux est atteint, elles sont d'un rouge foncé, plus dures et résistantes. L'hypertrophie s'étend alors non seulement sur les tissus sous-muqueux, mais aussi sur les glandes muqueuses et les corps caverneux.

Il résulte donc des recherches d'E. Fränkel que la rhinite chronique sert de point de départ ou de complication aux affections dont nous venons de parler.

Ses dernières recherches ont engagé Hack à élargir sa théorie et à reconnaître que l'enflure des cornets moyens peut également devenir la cause des névroses réflexes; mais il défendait toujours le mécanisme de la congestion et ne voulait pas admettre le rôle que joue l'inflammation hypertrophique.

Il paraît cependant que, dans ces derniers temps, de nouvelles recherches, et peut-être aussi quelques déceptions pratiques, contraindrent Hack à modifier encore une fois ses premières opinions. Il admit que, dans quelques cas rares, les névroses réflexes pouvaient se développer sans le boursofflement des cornets ou plutôt des corps caverneux, et qu'une forte hyperhémie de la muqueuse produisait les mêmes effets, en présence d'une certaine disposition nerveuse que, cependant, il ne définit pas davantage.

Hack ne reconnaît toutefois pas encore la justesse des nouvelles recherches de M. Schäffer, qui tendent à démontrer que les altérations concomitantes du catarrhe hypertrophique et chronique de la cavité nasale, ou naso-pharyngienne, pouvaient provoquer des névroses réflexes, et il défend toujours son ancienne méthode de traitement, c'est-à-dire la destruction complète du tissu caverneux des cornets à l'aide du galvano-cautère.

Avec le temps, Hack a dû faire une nouvelle concession à ses adversaires, en admettant que, dans bien des cas de dyspnée, la cautérisation n'a exercé aucune influence sur les phénomènes réflexes.

Ma propre expérience m'a prouvé que les observations de Hack, à savoir, la relation qui existe entre beaucoup de né-

vroses réflexes et les lésions nasales, sont justes et authentiques, mais que les observations cliniques ne sauraient confirmer ni l'explication de ce phénomène par le gonflement des cornets, ni l'efficacité d'un traitement uniforme, basé sur la destruction des corps caverneux.

Les partisans de la théorie de Hack ont eux-mêmes ébranlé cette dernière par leurs excès opératoires. On a, en effet, employé la cautérisation des corps caverneux des cornets à tort et à travers, en publiant des guérisons vraiment merveilleuses, mais parfois peu durables. Migraines, suffocations, vertiges, accès d'épilepsie, tout était soigné à l'aide du cautère et de la destruction des cornets. Le moindre gonflement de ces derniers, le changement de volume ou de place, suffisait pour avoir recours à la galvano-caustique, dont on abusait sans aucune nécessité ni efficacité.

Mes observations me convainquirent bientôt qu'on ne pouvait considérer les théories de Hack comme infaillibles. Je trouvai, en effet, que le gonflement des cornets inférieurs ne suffisait pas pour provoquer des névroses réflexes, que les cornets moyens s'y associaient tout aussi souvent. Je communiquai ce fait, en 1884, au Congrès international de Copenhague, en attirant l'attention de mes collègues sur les résultats parfois négatifs de la galvano-caustique, en les engageant à se servir d'acide chromique dans les cas où le gonflement des cornets était moins prononcé.

Sans m'associer aux adversaires déclarés de la théorie et du procédé de Hack, je ne pouvais pas non plus me ranger du côté de ses enthousiastes, croyant aveuglément à la guérison des névroses par la destruction galvano-caustique des corps caverneux.

En effet, les défauts de cette méthode devenant de plus en plus visibles, son auteur dut entrer dans la voie des modifications demandées non seulement par ses antagonistes, mais aussi par ses admirateurs trop zélés. Il dut reconnaître que sa théorie était fréquemment mal interprétée et ses procédés opératoires mal appliqués, ce qui les discréditait.

A l'assemblée des médecins allemands de Wiesbaden (avril 1885), Hack se crut obligé d'émettre l'avis suivant:

« J'ai peur que l'on ne se soit abusé sur l'importance de la muqueuse nasale dans la production de l'asthme, et, m'appuyant sur mes propres insuccès, je voudrais protester contre une opinion aussi tranchée. »

Il nous reste maintenant à analyser d'une façon critique certains points de la théorie de Hack, et en particulier son assertion, que le gonflement des cornets est le point de départ des névroses réflexes et en constitue le phénomène principal.

A la suite des recherches anatomiques de Zukerkandl, qui ont prouvé que le tissu caverneux se rencontre dans toute la muqueuse du nez, à l'exception de la fissure olfactive, Max Schäffer va plus loin que Hack, et admet que non seulement les cornets, mais même tout autre endroit de la muqueuse du nez peut être hypertrophié et, par conséquent, servir de point d'origine à des névroses réflexes. Quant à la plus grande fréquence de l'hypertrophie dans les cornets inférieurs, le même auteur les explique par le plus grand développement de ces derniers et de leurs tissus caverneux.

Comme il est incontestable que les cornets inférieurs et moyens du nez, même à l'état normal, peuvent se gonfler ou se contracter sous l'influence de causes mécaniques, thermiques ou psychiques, il suffit donc d'analyser les symptômes particuliers qui nous autorisent à admettre l'existence d'une corrélation entre les névroses réflexes et les lésions nasales.

Hack décrit parmi ces phénomènes : l'écoulement abondant séreux du nez, les éternuements, le larmolement, l'obstruction passagère du nez, et enfin la coloration foncée de la muqueuse nasale, l'irritabilité trop grande, le gonflement des cornets au contact du stylet explorateur.

D'autres observateurs rapportent tout ce groupe de phénomènes, auxquels il faut joindre la toux d'origine nasale, à une irritation des branches du trijumeau, qui innervent non seulement la muqueuse des cornets, mais aussi celle de la cloison nasale.

Les expériences de J. Mackenzie (de Baltimore) (1), prati-

(1) *Americ. Journal of the med scienc.*, 1883. — *Referatz Centralblatt für med. Wissenschaft.*, n° 44, 1883.

quées sur la muqueuse du nez de personnes saines, pour étudier le point d'origine des mouvements réflexes, ont donné les résultats suivants :

1° Il existe dans le nez une zone sensitive strictement délimitée, dont l'irritation artificielle ou morbide produit des mouvements réflexes ;

2° Cette zone correspond probablement aux corps caverneux des cornets ;

3° La toux, dite nasale ou réflexe, se produit le plus souvent par l'irritation du segment postérieur du cornet inférieur et de la partie correspondante de la cloison nasale.

Ce sont les endroits que nous venons de mentionner qui réagissent le plus vivement contre les agents excitateurs, bien que cette faculté ne soit pas identique chez tous les individus.

Nous croyons le moment venu de rappeler l'innervation de la muqueuse du nez et le rapport de ses nerfs avec le ganglion sphéno-palatin et le nerf grand sympathique. En dehors du nerf olfactif proprement dit, qui se répand dans la partie supérieure de la cloison nasale, cette dernière, ainsi que les cornets, reçoivent aussi des rameaux nerveux du ganglion sphéno-palatin.

Ce dernier est, en effet, en relation avec la deuxième branche du trijumeau et, au moyen des filaments gris du nerf Vidieu, avec le plexus carotidien du grand sympathique.

De ce ganglion émergent les nerfs principaux suivants : le nerf de la cloison du nez avec le naso-palatin de Scarpa ; le nerf Vidieu (*déjà nommé*), le rameau pharyngien et le rameau postérieur du nez. — Une partie des nerfs provenant de la deuxième portion du trijumeau, c'est-à-dire du nerf maxillaire supérieur, se répand dans la partie postérieure de la cloison nasale et envoie le nerf nasal postérieur aux cornets supérieur, moyen et à la partie postérieure des cornets inférieurs.

Mentionnons encore le nerf éthmoïdal, qui émerge de la première branche du trijumeau et se distribue dans la

partie cartilagineuse du nez, et nous comprendrons facilement comment, en présence d'une telle abondance de nerfs, les mouvements réflexes peuvent se produire par l'intermédiaire des branches collatérales, se montrer même dans des organes éloignés, tout en restant sous l'influence du nerf grand sympathique.

Bien que beaucoup d'auteurs mettent en doute l'existence de la zone sensitive de Mackenzie, mes expériences m'autorisent à l'admettre, mais avec une certaine restriction. Je crois qu'il faut l'étendre à tout le segment de la muqueuse qui recouvre la cloison nasale, et non seulement à la partie postérieure, comme le voulait Mackenzie.

Les écoulements séreux du nez, le larmolement, les éternuements opiniâtres, de même que la toux dite nasale et le gonflement rapide des cornets, ne sont pas nécessairement une preuve suffisante de l'affection nerveuse réflexe. Souvent ils ne sont que des symptômes d'une hyperesthésie du trijumeau d'origine cérébrale ou périphérique. La disparition du gonflement des cornets sous l'influence de l'émotion ou de la peur, que j'ai eu l'occasion d'observer assez souvent, au moment de pratiquer une opération dans le nez, constitue un signe analogue à la pâleur subite de la peau causée par la terreur, ou quelque dépression morale, et dépend, par conséquent, de l'action du sympathique.

Je dois encore une mention spéciale aux recherches de Wille concernant la toux provoquée par l'irritation du trijumeau (1).

L'auteur y arrive aux conclusions suivantes :

1° La toux par irritation du trijumeau est une des formes les plus fréquentes de la toux réflexe;

2° Elle constitue une variété de l'acte de l'éternuement;

3° Cette névrose accompagne quelquefois les altérations pathologiques du nez;

4° Bien qu'il puisse se produire d'une façon indépendante, l'asthme nerveux est le point culminant de cette forme morbide;

(1) *Deutsche med. Wochenschrift.*, n° 16, 17, 1885.

5° La production des mouvements réflexes peut avoir lieu par l'entremise des ganglions sphéno-palatins et des nerfs éthmoïdaux;

6° Tout traitement local dans la périphérie du trijumeau, qui peut arrêter les actions réflexes, peut également agir sur ces dernières.

Wille prétend que, toutes les fois que nous rencontrons chez des malades une toux opiniâtre et fatigante, dépourvue de toute altération perceptible des organes respiratoires, nous nous trouvons en présence d'une névrose du trijumeau.

L'observation suivante, que j'ai eu occasion de faire, vient à l'appui de cette thèse.

OBS. I. — M. L..., 32 ans, souffre depuis un an de quintes de toux très violentes, spasmodiques, qui arrivent surtout au point du jour, ou lorsqu'il s'expose aux variations rapides de la température ou à l'air sec et chaud. Ces attaques, d'une extrême violence, sont très fatigantes, d'une durée de quelques minutes à quelques heures, et n'ont voulu céder à aucun des traitements multiples qu'on leur a opposés.

A part une légère bronchite et une augmentation de l'étendue de la sonorité pulmonaire, les organes respiratoires ne présentent rien de maladif. Le malade, d'une bonne constitution, est cependant sujet à des douleurs arthritiques des épaules et des bras, ainsi qu'à une rhinite invétérée.

A l'examen du nez, je constate une hypertrophie inflammatoire et un gonflement du cornet droit inférieur, qui, par moments, adhère à la cloison nasale, ou plutôt à sa crête osseuse.

A gauche, les mêmes altérations, mais moins prononcées; toute la muqueuse des cornets et de la cloison est fortement congestionnée, humide, impressionnable au toucher; en répétant mon examen du côté droit, je touchai le cornet inférieur à l'endroit contigu à la cloison, ce qui provoqua une très forte quinte spasmodique avec étouffement, dyspnée momentanée et écoulement nasal très abondant. Les mêmes accidents se répétèrent plusieurs jours de suite.

Une application énergique du galvano-cautère au cornet droit inférieur empêcha celui-ci d'adhérer à la cloison, et fit

cesser les symptômes ; le côté gauche fut touché avec de l'acide chromique.

L'escarre tomba, ou plutôt je la retirai moi-même le quatrième jour, et je me convainquis que l'attouchement du cornet inférieur ne donnait plus lieu à des quintes.

L'avenir nous montrera si la guérison a été durable ; je crois cependant qu'une fois l'irritabilité de la muqueuse supprimée, les accidents décrits n'auront plus de raison d'être.

J'ai dit plus haut pourquoi la théorie primitive de Hack a dû subir quelques modifications, et comment on en vint successivement à admettre que tout endroit malade des fosses nasales pouvait donner lieu à des névroses réflexes.

Quant à moi, depuis près de deux ans, j'accumule peu à peu toutes les observations relatives à l'objet de cette étude ; mais sachant combien la question est complexe et difficile à élucider, j'hésitais à les publier avant de les avoir soumises à une analyse critique. D'ailleurs, le nombre des guérisons merveilleuses et subites est si grand que je ne voyais aucune nécessité d'en augmenter le chiffre ; je compte publier ailleurs quelques détails sur l'asthme et la migraine d'origine nasale, qui pourraient offrir un intérêt particulier. Ici je me borne à signaler brièvement la fréquence de ces affections et les résultats de leur traitement local.

Sur plusieurs centaines de maladies chroniques du nez, observées dans ces trois dernières années, je n'ai pu constater l'existence simultanée des névroses réflexes que dans une cinquantaine de cas.

J'ai observé, en particulier, l'asthme d'origine nasale causé soit par un catarrhe, soit par des polypes, dans vingt-six cas.

Une classification plus détaillée me donne vingt cas d'asthme à la suite de l'hypertrophie des cornets moyens et inférieurs. — Sur deux cents cas de polypes du nez, il n'y avait que six cas d'asthme, et quatre fois je réussis à guérir cette affection par l'extraction du néoplasme.

Il y a douze guérisons sur vingt cas d'asthme causé par l'hypertrophie des cornets.

J'ajoute que je n'appelle guéris que les malades chez lesquels il n'y a pas eu de récurrence depuis plus d'un an.

J'ai vu la migraine d'origine nasale chez dix malades; quatre de ces derniers ont été guéris; chez deux autres, il y eut amélioration; chez un, la cautérisation a fait empirer le mal.

Chez deux malades atteints de névralgie sus-orbitaire, le traitement local produisit un soulagement passager; mais il y eut récurrence après deux mois, et en dernier lieu le malade guérit par l'électricité.

Sur trois observations de vertige, causé par l'hypertrophie des cornets moyens, deux cas furent guéris par l'ablation de la partie antérieure des cornets; dans un troisième, le soulagement ne fut que de courte durée, et l'anamnèse ayant révélé l'origine spécifique de la maladie, confirmée d'ailleurs par l'apparition d'accidents tertiaires, un traitement ioduré acheva la guérison.

J'ai eu occasion d'observer chez trois femmes des cas d'éternuement spasmodique très violents. Deux de ces malades guérissent après la cautérisation des cornets moyens, très adhérents à la cloison nasale; chez la troisième, la guérison n'eut lieu qu'après l'ablation totale du cornet moyen gauche à l'aide des pinces de Mackenzie.

Chez deux femmes épileptiques, où il y avait complication de polypes du nez, l'état des malades s'améliora; mais ne les ayant observées que très peu de temps, je ne saurais les considérer comme guéries.

De bons résultats ont été obtenus dans des affections hystériques du larynx, telles que paralysie hystérique ou spasme de cet organe. Sur quatre malades de cette catégorie, il y eut deux guérisons, une amélioration notable, la quatrième est encore en traitement.

Chez la plupart de mes malades, les altérations du nez consistaient dans une hypertrophie des cornets moyens, rarement des cornets inférieurs; cette circonstance attira mon attention sur certaine particularité anatomique du cornet moyen, à savoir, sur la facilité avec laquelle ce dernier, gonflé par l'inflammation ou par l'asymétrie de la cloison, s'accroît à cette dernière.

On sait qu'en général le cornet moyen est plus rapproché de la cloison nasale que le cornet inférieur, il est donc tout simple qu'en gonflant il s'en rapproche davantage et la comprime. Or, toutes les fois que je touchais l'endroit où le cornet moyen adhéraît à la cloison nasale, je lui trouvais une irritabilité extrême; le malade ne pouvait pas supporter le contact du stylet; le larmolement, les éternuements, le congestionnement de la muqueuse ne faisaient jamais défaut, et se compliquaient d'attaques de suffocation et de spasme du larynx. Même chez une hystérique, ces accidents revêtaient le caractère d'un véritable accès d'épilepsie, accompagné d'une absence momentanée et de syncope.

Chez d'autres patients, la migraine cessait en détachant de force le cornet moyen de la cloison. Une fois j'ai réussi à interrompre un accès d'asthme en touchant fortement le cornet moyen par l'acide chromique.

Toute cette série de faits, auxquels il convient de joindre les accidents nerveux causés par des exostoses, ou par des bourrelets osseux, qui, partant de la cloison, comprimaient le cornet inférieur dont l'ablation était suivie de soulagement, tout cela, dis-je, me confirma dans ma supposition que les accidents nerveux, tant de fois mentionnés dans ce travail, provenaient, le plus souvent, de la compression de la cloison nasale par les cornets moyens et par le cornet inférieur. Il me paraît incontestable que cette compression a lieu chez beaucoup de personnes possédant la disposition anatomique voulue, mais sans provoquer des accidents nerveux qui ne se développent que dans certains tempéraments: ainsi l'hystérie chez les femmes, l'état nerveux et une irritabilité congénitale y contribuent beaucoup.

Il convient d'ajouter que les hypertrophies circonscrites de la cloison, très sensibles au toucher, ainsi qu'une sécrétion desséchée irritante, suffisent quelquefois pour la production des névroses, même dans le cas d'atrophie des cornets. Toute inégalité ou rugosité de la cloison pouvant retenir la sécrétion du nez, empêchant son écoulement, et par conséquent facilitant le dessèchement de cette dernière et l'irritation de la muqueuse, peuvent également provoquer des

accès de suffocation et doivent être immédiatement modifiés. Il en est de même des agglomérations et produits inflammatoires observés à la partie postérieure de la cloison, ils deviennent très sensibles, et le moindre attouchement suffit pour provoquer les quintes de toux, l'irritation, le larmoiement et la congestion de la conjonctivite oculaire du côté irrité.

J'ajoute que la plupart de ces malades m'avaient été envoyés par le professeur Chalubinski, mon maître, qui a pu se convaincre de mes résultats opératoires.

Me réservant de revenir autre part à l'étude des rapports existant entre les affections nasales et l'asthme, avec les observations à l'appui, je me borne dans ce travail à une étude de certaines observations qui prouvent que l'aphonie spasmodique, le laryngo-spasme, la dyspnée spasmodique et certaines paralysies du larynx d'origine hystérique appartiennent également à cette catégorie.

L'*aphonie spasmodique* (aphonia spastica), décrite pour la première fois exactement, en 1875, par Traube, appartient aux affections rarement observées dans la pratique.

Depuis le premier cas observé chez une hystérique, de nombreux faits de cette affection ont été publiés par Schnitzler, Schech, Jurasz, Fritsche, Nothnagel, Hack, Bäüm, Jonquière, Escherich, Hofmann et Michael de Hambourg.

Considérée par certains auteurs comme spasme fonctionnel ou coordinateur du larynx, cette affection est caractérisée par un trouble de la parole, allant quelquefois jusqu'à l'aphonie, dépendant d'un rapprochement spasmodique des cordes vocales, ainsi que le prouve l'inspection du larynx au moyen du laryngoscope.

Étiologie. Les auteurs considèrent comme cause fréquente de l'aphonie spasmodique : un état névropathique, l'hystérie et des efforts exagérés de la voix. Cette dernière cause mérite une attention spéciale, car on a pu la constater dans tous les cas décrits.

Aussi Schech range-t-il cette maladie parmi les névroses professionnelles, fréquentes chez des personnes forcées d'élever la voix.

Nous l'observons donc chez les professeurs, les prédicateurs, les crieurs publics, les artistes dramatiques et les personnes habituées à commander, etc.

Elle accompagne fréquemment le cours des bronchites et des laryngites, et provient d'un labeur exagéré de l'organe vocal, au moment où ce dernier avait le plus grand besoin de repos.

Deux observations de spasme vocal ou phonétique du larynx et une de spasme d'origine respiratoire m'ont suggéré l'idée d'un rapport probable entre ces affections et les affections nasales, telles que l'hypertrophie catarrhale (*coryza hypertrophica*) ou la présence des polypes nasaux. D'autre part, je me suis convaincu que, dans certains cas de troubles nerveux du larynx, le spasme phonétique s'allie au spasme respiratoire.

Obs. II. — La première observation d'aphonie spasmodique qui m'a suggéré cette idée date du mois d'avril 1885, et a été relatée dans tous ses détails par notre collègue M. Oltuszewski (de Varsovie), qui a eu l'occasion de voir le malade dans sa maison de santé, un mois après moi. Elle se rapporte à un ecclésiastique russe, âgé de cinquante ans, qui depuis trois ans ressentait un embarras d'élocution avec bégayement. L'anamnèse, fournie par le malade, m'apprit qu'à part une fièvre typhoïde et une diphtérie déjà anciennes, sa santé avait toujours été bonne. La mort de sa femme avait fort ébranlé son système nerveux.

La maladie du larynx avait pour cause directe un refroidissement et un effort prolongé de la voix. La parole acquit un caractère spasmodique intermittent; les mots ne sortaient du gosier qu'avec un effort visible.

La lecture devenait difficile, ce qui, chose extraordinaire, n'empêchait pas le patient de chanter ses offices sans aucune difficulté.

L'exploration des organes internes permit de ne constater qu'un léger emphysème des lobes inférieurs du poumon, associé à un catarrhe chronique des bronches.

Au moment du spasme, il éprouvait une constriction de la gorge, à laquelle bientôt venaient se joindre un embarras de la parole et une constriction opiniâtre.

L'exploration de la gorge montra la présence de deux ulcéra-

tions symétriques sur les deux apophyses vocales ; elles étaient de la grosseur d'une lentille, arrondies, à bords inégaux, un peu élevés, couvertes d'un épithélium en desquamation.

J'attribuai l'origine de ces ulcérations à la compression, c'est-à-dire à une espèce de décubitus.

Les cordes vocales congestionnées et boursoufflées se touchant au moment de l'émission de la voix, il s'ensuivait quelquefois un entre-croisement des cartilages aryténoïdes.

Dans la partie postérieure, les cordes vocales ne se touchaient pas aussi souvent, et laissaient entre elles une petite fente.

La cloison du nez déviait à gauche, le cornet moyen gauche, hypertrophié en forme de cornue, très adhérent à la cloison nasale, était très sensible au contact du stylet. Après l'attouchement, la muqueuse commençait à se congestionner ; l'œil gauche larmoyait et la narine gauche sécrétait un liquide séreux. De temps en temps un éternuement opiniâtre fatiguait le malade.

Des observations analogues m'ayant fait songer à une altération simultanée du larynx et du nez, je proposai au malade la cautérisation du cornet hypertrophié au moyen du galvanocautère. Il refusa ma proposition, et quitta Varsovie.

Un mois après, j'eus occasion de le voir en consultation avec M. le Dr Oltuszewski ; ni l'état du larynx ni la parole ne s'étaient améliorés ; le malade consentit alors à se faire cautériser avec de l'acide chromique.

La suite immédiate de cette opération fut une plus grande difficulté de l'élocution qui rendait la parole du malade presque incompréhensible. Cet état de choses ne dura cependant que quelques jours ; car en même temps que diminuait l'inflammation provoquée par la cautérisation, la voix reparaissait et retrouvait son ancien état spasmodique.

L'altération subite de la voix après la cautérisation du cornet paraissait provenir de la plus grande pression sur la cloison. Je me borne à mentionner que, peu après la présentation du malade à la Société médicale, ce dernier quitta Varsovie sans beaucoup d'amélioration.

Obs. III. — M. Édouard G..., régisseur de domaines, 53 ans, vint, en février 1885, réclamer mes conseils pour un embarras de la parole et des attaques de dyspnée, dont il souffrait depuis bon nombre d'années. De forte stature et d'une bonne constitution, il dit n'avoir jamais été malade, à l'exception d'une

fièvre typhoïde et d'une fluxion de poitrine. Pas d'antécédents syphilitiques.

Sa maladie actuelle dure déjà depuis onze ans et a pour cause directe un effort de la voix sous l'influence de la colère. Après avoir crié pendant quelques minutes, le malade sentit subitement une extinction de la voix, qui se prolongea à peu près une demi-heure, au bout de laquelle la voix revint pour disparaître le même soir pendant quelques heures. Elle reparut le lendemain, mais le timbre en était complètement changé ; elle était devenue une voix de fausset.

Depuis lors, l'émission de la voix devenait de plus en plus difficile. Le timbre se voilait et ne traversait le larynx qu'avec le plus grand effort ; toute phrase un peu longue était entrecoupée par une inspiration spasmodique, et l'articulation des syllabes labiales avait un caractère sibilant. Fréquemment, le malade bégayait.

Cet état de choses, des plus pénibles, empirait sous l'influence d'émotions violentes ou de fatigues physiques, jusqu'à une aphonie complète, et durait, comme nous l'avons déjà dit, depuis plus de dix ans ; mais ce n'est que l'année dernière que la dyspnée, nouveau symptôme alarmant, contraignit enfin le malade à réclamer l'assistance médicale.

La première attaque eut lieu en décembre 1884, la nuit, subitement, sans aucune cause connue. Elle dura environ cinq minutes, fut très forte et présenta les signes d'un spasme du larynx.

La respiration, d'abord bruyante, sifflante, s'éteignit tout à coup, de même que la parole. Une angoisse terrible et des palpitations de cœur accompagnaient cet accès, de peu de durée d'ailleurs, et qui se termina par une transpiration très abondante et l'expulsion d'une petite quantité d'écume et de salive.

Un second accès eut lieu le lendemain matin, dura près de deux heures, et se répéta, pour la troisième fois, la nuit. A partir de ce moment, les accès se suivirent en moyenne tous les deux jours, souvent une fois la semaine, mais moins forts que le premier.

Dans les derniers temps, ils se compliquèrent de crampes d'estomac, qui cessaient par une éructation suivie de pyrosis et de renvois plus ou moins prolongés.

L'exploration du malade constate :

Hypertrophie des deux cornets moyens du nez, congestionnés, adhérent à la cloison.

L'introduction de la sonde provoque une extrême irritation, des étouffements, le larmolement et une sécrétion abondante de la muqueuse irritée.

Le pharynx est normal, le larynx ne présente aucune trace d'inflammation antérieure. Les cordes vocales vraies sont larges, décolorées ; pendant l'émission de la voix, elles se rapprochent très intimement, avec trop de force, de manière qu'il en résulte fréquemment un entrecroisement des cartilages arythénoïdes, et que le cartilage de Santorini, du côté droit, se place devant celui du côté gauche. En émettant le son *he*, les fausses cordes vocales se déplacent de manière à se toucher et à couvrir les vraies cordes vocales.

Les deux poumons un peu emphysémateux dans leurs parties inférieures, présentent des signes d'un léger catarrhe des bronches. Le cœur, les organes abdominaux sont à l'état normal.

Le malade se plaint d'être affecté d'un catarrhe chronique des intestins, avec constipation et parfois de pyrosis. Les organes des sens, les forces et l'appétit ne présentent aucune altération.

Le malade a quitté Varsovie après quelques jours de traitement.

En présence de tous ces symptômes, j'ai cru pouvoir porter le diagnostic suivant :

Aphonie spasmodique, probablement réflexe d'un coryza hypertrophique (*Aphonia spastica verisimiliter reflectoria e Coryza hypertrophica cum Laryngospasmo*). En ceci, je me suis basé sur la description de faits analogues par Hack, ainsi que sur les résultats de ma pratique.

Je publie plus loin une observation confirmant le résultat brillant du traitement employé dans les névroses appartenant à ce groupe. Ici, cependant, le spasme avait plutôt le caractère d'un spasme du larynx (*spasmus laryngis*) et coïncidait avec l'existence d'un polype nasal.

Obs. IV. — Spasme respiratoire du larynx, causé par la présence d'un polype nasal.

M. Otton B..., propriétaire foncier du gouvernement de Wilna, m'a été adressé par le professeur Chalubinski, le 27 décembre 1883, pour un spasme du larynx datant de 1879. Le malade, de stature athlétique, d'une forte constitution, dé-

clare avoir toujours joui d'une bonne santé; il n'a jamais souffert de maladie des poumons ou du larynx, à l'exception d'un catarrhe du nez et de la gorge. Questionné sur l'évolution de la maladie actuelle, il me fournit les données suivantes :

A la suite de différentes circonstances fâcheuses, son système nerveux s'est continuellement irrité. Tantôt excité, tantôt abattu, il était souvent sous l'empire d'une prostration morale de courte durée. Trois ans avant de venir me consulter, et à la suite d'une grande irritation, il avait eu une attaque de spasme laryngé, de une à deux minutes de durée. Profondément terrifié, il lui semblait qu'il allait étouffer, le larynx ne laissait point passer l'air et il était pris comme dans un étau. La respiration devenait sifflante, il pouvait à peine se tenir debout; le visage était pâle, des gouttes de sueur couvraient son front, une angoisse sans nom s'emparait de lui.

La présence d'esprit n'était point altérée pendant ces accès et le malade pressentait presque toujours leur arrivée, car ils s'annonçaient par une sensation de compression dans la gorge, et d'entrave dans l'émission de la voix.

Le malade définissait le commencement de l'accès comme une constriction du larynx et le distinguait du spasme de la glotte ou suffocation.

Avec le temps, les spasmes du larynx revenaient jusqu'à trois ou quatre fois par semaine, suivant l'état général du malade. Si ce dernier était émotionné ou irrité, les attaques étaient plus fréquentes, elles revenaient à des intervalles plus courts, dans la nuit elles le réveillaient.

Durant l'accès, la respiration, ou plutôt l'inspiration s'interrompait complètement pour un moment (*spasme inspirateur*); il n'y avait ni ronchi sibilants, ni sifflement; la parole devenait impossible. — De temps en temps, les spasmes étaient accompagnés d'une quinte de toux sèche, suffocante, et se terminaient quelquefois par l'expectoration d'une petite quantité de mucosités.

Au bout d'une année de telles souffrances, le client se convainquit que les accès se multipliaient sous l'influence d'un air vicié ou de la fumée de tabac, de même que par le séjour dans un milieu trop sec ou trop chaud. — La fatigue physique, et les émotions causaient, dans les premiers temps, une constriction dans la gorge et plus tard, de violents accès spasmodiques.

La rencontre dans la société de personnes inconnues suffisait

pour provoquer la constriction de la gorge et le forçait à sortir, pour éviter de donner son infirmité en spectacle.

Abattu, désespéré par un pareil état, il chercha pendant deux ans du soulagement à l'étranger; il visita force établissements balnéaires et climatiques, demanda des conseils à différentes célébrités médicales et hydropathes. Hélas! après toutes ces pégrinations, il revint plus souffrant et plus découragé.

L'état général du malade était bon, à part une certaine lenteur dans les selles; tout : organes des sens, appétit, etc., ne laissaient rien à désirer.

L'exploration au laryngoscope ne constata aucune altération susceptible d'expliquer les spasmes dont il était atteint.

Sachant par expérience que les affections de la paroi postérieure du larynx, et en particulier, de l'espace compris entre les deux cartilages arythénoides, provoquaient chez des gens impressionnables, des sujets nerveux et des femmes hystériques, des altérations dans la sphère de la sensibilité, tels que toux spasmodique, sensation d'un corps étranger, et même, des spasmes du larynx, j'examinai la paroi postérieure avec une attention toute spéciale.

L'épiglotte et les cordes vocales étaient à l'état normal. Quant aux fonctions des muscles du larynx, j'observai ce qui suit.

A l'émission de la voix, les cordes vocales, larges et blanches, se rapprochent intimement, mais avec un certain effort.

Lorsque le malade veut respirer, les cordes vocales ne se séparent pas suffisamment et prennent la même position qu'elles ont sur le cadavre, c'est-à-dire que le larynx ne se dilate pas au maximum, et que la base du triangle de la glotte n'a que 5 à 6 millimètres, au lieu d'en avoir 8 à 10.

On peut, en outre, observer le fait suivant :

Lorsque la distance entre les cordes vocales atteint son maximum et que le malade essaye de respirer profondément, nous voyons tout à coup un rapprochement précipité, spasmodique de ces cordes. Plus je l'engage à respirer profondément, plus l'état nerveux de son larynx devient prononcé.

Le malade essaye d'aspirer de l'air, mais les muscles du larynx refusent de lui obéir; ils se compriment mutuellement, n'agissent plus sous l'influence de sa volonté; en un mot, on voit la prépondérance des sphincters du larynx, telle que l'ont décrite les auteurs allemands sous le nom d'action perverse des cordes vocales.

J'ai rencontré quelquefois cet état, chez des personnes nerveuses et hystériques lors de la première exploration de leur gorge; chez elles, il est causé par l'émotion, et disparaît au fur et à mesure que le malade s'habitue au miroir laryngien.

Chez notre malade cependant, ce phénomène était constant et, résultant d'une innervation troublée, il montrait bien la prépondérance des sphincters sur les dilateurs du larynx.

Le pharynx était le siège d'un catarrhe chronique, la muqueuse rouge boursoufflée présentait de ci et de là quelques boutons d'un rose pâle.

Dans la cavité nasale rétrécie se trouvait un polype émergeant du bord du cornet moyen; il était mobile, du volume d'un noyau de cerise et adhérait légèrement à la cloison nasale.

Au contact du stylet explorateur, le malade témoigne de l'inquiétude, la respiration s'accélère, et il demande que l'on cesse l'exploration, car il sent l'approche de l'accès.

Le cornet moyen gauche était également hypertrophié et présentait une dégénérescence polypeuse granulée.

Les données fournies par l'exploration de la cavité nasale, c'est-à-dire, la présence du polype expliquaient, en quelque sorte, l'origine du spasme du larynx, et déterminaient la nature de la maladie.

Nous avons donc affaire à un spasme réflexe; et la meilleure preuve en était la possibilité de le provoquer en touchant le polype à l'aide du stylet.

Je déclarai donc au malade que, selon toute probabilité, les accès cesseraient après l'ablation du polype.

A la suite d'une consultation avec le Dr Chalubinski, qui accepta notre pronostic et qui déjà *a priori* avait admis la corrélation du spasme de la glotte avec l'affection du nez, je pratiquai l'opération proposée le 1^{er} janvier 1884.

Le résultat fut vraiment merveilleux; le malade déclara que depuis bon nombre d'années, il n'avait respiré aussi facilement, qu'il n'éprouvait plus ni constriction, ni sensation d'un corps étranger et qu'il se considérait comme guéri.

Je cautérisai l'insertion du polype au moyen du galvano-cautère, et quelques jours après, je cautérisai encore le cornet moyen gauche hypertrophié, en employant cette fois l'acide chromique.

A partir de l'opération, les accès de laryngo-spasme avaient cessé pendant plus d'un an.

Le 12 janvier 1885, l'opéré se présenta de nouveau à ma con-

sultation, en accusant une certaine irritabilité du pharynx et du larynx, ainsi qu'un affaiblissement général.

Je constatai, dans l'endroit où se trouvait autrefois le polype, une certaine hypertrophie de la muqueuse, formant un bourrelet d'un rose pâle.

J'enlevai ce pli, au moyen d'une anse galvano-caustique, ce qui supprima la maladie.

L'état général s'améliora considérablement à la suite d'un séjour prolongé aux eaux ferrugineuses de Nalewczu.

(A suivre.)

II

RÉTRÉCISSEMENT DE LA TRACHÉE ET DE LA BRONCHE DROITE DE CAUSE SYPHILITIQUE,

Par le Dr **Gouguenheim.**

Le 9 janvier 1884, le nommé S..., âgé de 60 ans, journalier, entre à la salle Bazin (*hôpital Bichat*) pour des accès de suffocation très violents.

Cet homme peu intelligent et alcoolique a eu la syphilis il y a 20 ans; à cette époque, il eut tous les symptômes de la syphilis secondaire et depuis il ne ressentit aucune atteinte de la maladie. Il tousse depuis quelques années.

Huit jours avant son entrée, il eut de l'oppression sans s'être refroidi, et cette dyspnée s'accrut de telle façon qu'on dut le transporter à l'hôpital.

État actuel. — Accès de suffocation presque continuels, le malade ne peut rester dans le décubitus horizontal, il est assis dans son lit, faisant entendre un bruit de cornage très fort, la voix est normale. L'asphyxie semble imminente, le tirage épigastrique est très accentué et tous les muscles respiratoires, aussi bien ceux du thorax que ceux du cou, sont violemment contractés, la peau est pâle, couverte de sueur, le malade est dans un certain état d'algidité.

La percussion est normale: à l'auscultation, on n'entend absolument rien, le murmure vésiculaire étant entièrement masqué par les bruits du cou. L'auscultation du cou est normale, 50 respirations.

A l'examen laryngoscopique, on ne trouve rien d'anormal; les cordes s'écartent et se rapprochent aisément et on peut voir le commencement de la trachée.

L'existence du bruit de cornage avec intégrité de la voix, nous avait déjà fait supposer que l'obstacle n'était pas laryngien, l'examen laryngoscopique nous montre que cet obstacle est assez bas puisque l'examen des premiers anneaux ne nous permit pas de l'apercevoir.

Pour parer à l'indication la plus urgente, nous recourons de suite à l'emploi des injections de morphine qui amenèrent un peu de calme, mais nous administrons de suite l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes, que nous portons dès le lendemain à 6 grammes; en quelques jours, sous l'influence de cette médication les accès de suffocation deviennent moins violents, le bruit de cornage diminue pour disparaître définitivement au bout de 10 jours.

Le traitement iodurique est ramené progressivement à des doses moins élevées, et le malade quitte nos salles le 14 février, paraissant entièrement guéri.

Quand les accès de suffocation disparurent, on put procéder à l'examen de la poitrine et constater en arrière et à droite entre l'omoplate et le rachis l'existence d'un souffle assez fort, mais qui diminua d'intensité au fur et à mesure que la respiration redevint normale.

S..., en quittant l'hôpital, renonça à tout traitement, malgré nos conseils, et il rentra le 13 mars dans un état aussi grave que la première fois. En même temps, le malade atteint de bronchite, expectorait assez abondamment. Ses crachats examinés par le procédé d'Ehrlich ne contiennent pas de bacilles.

Le traitement iodurique à la dose de 6 grammes eut un succès presque aussi rapide cette fois que les précédents mais il fut nécessaire à cette deuxième attaque d'augmenter la dose du médicament et de la porter jusqu'à 8 grammes. Le malade quitta la salle le 7 avril et nous le revîmes plusieurs fois depuis à la consultation externe, le traitement fut conseillé et continué pendant un temps fort long, nous ne l'avons plus revu depuis quelques mois.

En 1883, j'avais eu l'occasion d'observer un fait de rétrécissement de la trachée et de la région sous-glottique chez une femme de 50 ans, qui guérit aussi très promptement sous l'influence du traitement iodurique; auparavant j'avais traité de la même façon un confrère étranger ayant un rétrécissement de la partie supérieure de la trachée et de la région sous-glottique et le traitement avait été couronné de succès en moins de deux semaines. C'est à l'aide de ces deux observations que je n'avais pas publiées, que je présentai au Congrès de la Rochelle de l'Association scientifique française des conclusions cliniques sur le rétrécissement trachéo-laryngien d'origine syphilitique (*Assoc. scient. française*, 11^e session, la Rochelle, 1883, p. 836). Il y a quelques années j'observai un cas analogue à celui que j'observe actuellement, il s'agissait d'une femme syphilitique entrée à l'hôpital Lourcine pour se faire traiter d'une affection utérine et qui, sous l'influence d'un refroidissement, eut une dyspnée croissante, du cornage sans aphonie, et chez laquelle l'examen laryngoscopique permit de constater l'intégrité parfaite du larynx et de la trachée jusqu'à une certaine distance; sous l'influence du traitement iodurique administré *largà manu*, la guérison de ces accidents se produisit en dix jours environ.

Ce dernier fait et celui qui fait l'objet du présent travail rentrent, au point de vue du siège, dans la règle habituelle; le rétrécissement dans l'un et l'autre cas était situé à la partie inférieure de la trachée, et même dans le cas actuel il intéressait la bronche droite; les troubles respiratoires se sont développés avec une grande rapidité et ont pris sans tarder une allure fort inquiétante, mais ils ont été enrayés en un très court espace de temps par un traitement vigoureux: l'iode fut administré de suite à dose massive, 4 à 8 grammes par jour, 8 grammes dès le 2^e jour. L'examen laryngoscopique nous a facilement permis dans l'un et l'autre cas de préciser le siège de la lésion, ce que la conservation de la voix ne nous autorisait pas absolument d'affirmer: car on sait qu'une sténose glottique permanente, sans altération des cordes, ne trouble pas la phonation; tel est le cas de la paralysie des abducteurs de la glotte.

Des objections ont été élevées jadis contre l'emploi de doses considérables d'iodure de potassium. Deux observateurs français, Moissenet et Vidal, avaient craint que la guérison trop rapide de ces accidents ne favorisât la formation d'un rétrécissement cicatriciel irrémédiable : nos deux faits semblent infirmer cette appréhension. Il est vrai que, dans l'un et l'autre, la lésion n'était pas ancienne et probablement n'était pas arrivée à la période ulcéreuse ; le tissu embryonnaire qui devait constituer la néoplasie avait donc rapidement disparu avant que la transformation fibreuse ne se fût opérée ; mais doit-on conclure de là que le traitement serait moins efficace dans le traitement de syphilomes plus anciens ? nous ne le pensons pas : car une observation déjà longue nous a permis de constater dans les cas de laryngite tertiaire que les lésions, même fort anciennes, s'amendaient sensiblement sous l'influence du traitement, tout en ne disparaissant pas complètement. Il est bien probable que les cas auxquels ont fait allusion les auteurs que nous avons cités avaient produit des délabrements considérables et qu'ils ne pouvaient plus être modifiés par le traitement même le plus rapide et le plus énergique ; il n'était donc pas logique d'attribuer à une médication trop rapide le résultat de lésions et de désorganisations si profondes ; il suffit du reste de lire la description de ces vastes ulcérations, détruisant le cartilage trachéal dans une grande partie de son étendue, pour comprendre que la restauration du calibre du conduit était vraiment difficile.

Le siège du rétrécissement à la partie inférieure est une contre-indication de la trachéotomie. Il est évident que cette opération ne pourrait diminuer la dyspnée ; toutefois il ne serait pas interdit dans les rétrécissements anciens d'ouvrir cette voie qui permettrait l'introduction de sondes dilatatrices que l'on devrait du reste manier, en pareil cas, avec prudence. Ce traitement n'a guère jusqu'ici donné de résultats, mais il est logique et, dans des cas désespérés, on aurait le droit de le tenter.

Nous ne discuterons pas, aujourd'hui, la conduite thérapeutique que l'on doit suivre dans les cas où le rétrécisse-

ment serait situé en haut de la trachée. Nous nous proposons de reprendre ce sujet à propos du rétrécissement sous-glottique, d'origine syphilitique, qui se confond du reste avec le rétrécissement de la partie supérieure de la trachée. Nous compléterons alors ce que nous avons dit en 1883 devant la section médicale de l'Association scientifique française.

III

CORPS ÉTRANGER DU LARYNX.

Par le Dr **P. AYSAGUER.**

Les cas de corps étrangers du larynx sont toujours intéressants à faire connaître :

Il y a une quinzaine de jours, vers 9 heures du soir, nous recevions de la part de notre ami, le Dr Lebreton, un jeune homme Louis Lefloch, âgé de 23 ans, se plaignant de souffrir horriblement de la gorge et nous disant avoir avalé, en mangeant une omelette à midi, une épingle ou une aiguille, laquelle serait restée fixée dans son cou. Le malade paraissait en effet souffrir énormément, il osait à peine remuer la tête et chaque mouvement de déglutition était accompagné d'efforts pénibles et douloureux. La respiration ne paraissait pas du tout gênée.

Nous l'examinâmes immédiatement au laryngoscope et il nous fut facile d'apercevoir, sans aucune anesthésie préalable, situé transversalement dans le larynx d'avant en arrière, un corps étranger qui paraissait être une aiguille. L'une des extrémités était enfoncée sur la face postérieure et inférieure de l'épiglotte, l'autre s'appliquait sur la région inter-arythénoïdienne. Une fois la situation du corps étranger bien déterminée, il s'agissait de l'extraire sans le casser. Après avoir bien reconnu que toute sorte d'anesthésie locale était complètement inutile, le malade se laissant examiner assez facilement, nous procédâmes à l'opération. Pour cela, nous servant de la pince à polypes de Schröter, nous saisîmes l'aiguille d'abord par son extrémité postérieure, c'est-à-dire par celle qui s'appliquait sur la région inter-arythénoïdienne, comme étant la plus facile à saisir et pensant que les tissus plus mous à ce niveau offriraient moins de résistance aux efforts faits avec la pince. Effectivement après

quelques légères tractions, l'extrémité de l'aiguille se dégagait et resta libre au milieu du larynx. Dans un deuxième temps de l'opération, nous saisîmes solidement l'aiguille par sa partie médiane et l'extraction eut lieu assez facilement. Nous vîmes alors qu'il s'agissait bien d'une aiguille ayant 3 centimètres de longueur et qu'aucune de ses parties n'était restée dans le larynx. Le malade eut quelques crachements de sang, on pouvait en effet voir au laryngoscope au niveau de la région arythénoïdienne, une petite plaie saignante. Le soir même de l'opération, le malade souffrit encore beaucoup, mais petit à petit les douleurs diminuèrent, et vers le sixième jour les parties lésées avaient repris leur aspect normal.

Nous ne cacherons pas notre satisfaction d'avoir extrait du larynx sans la casser une aiguille de 3 centimètres de longueur. Cela a tenu en partie à la méthode que nous avons employée qui est celle que l'on devrait toujours suivre et par laquelle il faudrait commencer chaque fois qu'il s'agit de corps étrangers du larynx. Notre malade, avant d'arriver jusqu'à nous, avait consulté plusieurs médecins parmi lesquels quelques-uns avaient ordonné un vomitif. Nous profitons de cette occasion pour nous élever contre cette pratique complètement inutile et quelquefois même nuisible.

Aujourd'hui que nous sommes en possession du laryngoscope et d'un moyen anesthésique précieux, la cocaïne, il est inutile de procéder en aveugles. Aussi nous ne saurions trop recommander à ce sujet certains principes qui doivent présider au traitement des corps étrangers du larynx ou des voies aériennes. Ces principes ont du reste été très bien exposés par le Dr Elsberg, de New-York, à la Société de laryngologie américaine.

Ce sont les suivants : 1° une personne qui a un corps étranger du larynx ou des voies aériennes ne doit jamais être laissée sans secours médical ;

2° Le traitement par des médicaments internes, est le plus souvent inefficace. Les vomitifs sont dangereux ;

3° L'extraction doit autant que possible, être précédée de l'examen laryngoscopique par un médecin expérimenté ;

4° La trachéotomie prophylactique doit être pratiquée sur

la moindre indication, dans tous les cas où l'extraction immédiate est impossible ;

5° Des traitements ou manipulations qui seraient dangereux avant la trachéotomie, pourront être tentés après avec beaucoup plus de chances de succès.

BIBLIOGRAPHIE.

Des tumeurs adénoïdes du pharynx, par HENRI CHATELLIER, ancien interne des hôpitaux de Paris, — aide-préparateur au laboratoire d'histologie de la Faculté de Paris. (J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, Paris.)

Les *Annales* ont publié dans le numéro de janvier 1886 un extrait de cette monographie, qui a servi de thèse inaugurale à son auteur.

Comme le dit fort justement M. Henri Châtellier, les accidents qui se rattachent à la tuméfaction du tissu adénoïde du pharynx sont fort peu connus en France et, comme travail d'ensemble sur cette question, nous ne connaissons guère que l'opuscule de M. Lœvenberg, datant déjà de six années.

Dans un premier chapitre d'anatomie et d'anatomie pathologique, nous trouvons une étude personnelle et détaillée du tissu adénoïde de la muqueuse pharyngienne. C'est le tissu adénoïde de His.

Les tumeurs adénoïdes ont une étiologie obscure, et à part les causes banales (hérédité), il semble que l'on doive invoquer la double influence d'une *irritation locale* et d'une *prédisposition définie* de nature douteuse, mais d'existence incontestable, de même que pour l'hypertrophie des amygdales et l'angine granuleuse.

Les symptômes sont l'objet d'une longue étude, et nous croyons devoir appeler l'attention sur les lignes consacrées aux déformations que l'obstruction nasale entraîne dans le squelette de la face. Il y a là une question d'esthétique

qui eût peut-être demandé à être traitée avec plus d'affirmative.

Les tumeurs adénoïdes ont une existence transitoire et s'il ne restait pas, quand elles ont disparu, des traces funestes et indélébiles de leur passage, on pourrait à la rigueur ne pas diriger contre elles un traitement actif. Les lésions de l'organe de l'ouïe, du pharynx, du nez, du larynx et du thorax, de même que l'arrêt de développement des malades ne permettent pas cette inaction. Le diagnostic est facile après l'étude attentive des symptômes et des signes physiques que fournit la double exploration au moyen du toucher et de la rhinoscopie, notamment de la rhinoscopie postérieure.

Le traitement consiste dans la section du tissu hypertrophié au moyen de la pince coupante de Lævenberg modifiée par Ed. Woakes, de Londres, ou de l'adénotome de Dels-tanche, de Bruxelles. — Des planches représentant ces deux instruments se trouvent à la fin du travail. Le traitement, pour être efficace et donner tout ce que l'on doit attendre de lui, doit être institué le plus tôt possible, car il arrive une période où il ne peut plus donner que des résultats incomplets.

Il faut surtout se garder des traitements purement médicaux quels qu'ils soient, car ils font perdre un temps précieux sans aucun profit pour le malade.

A la fin de l'ouvrage sont brochées cinq photographies qui indiquent les désordres dans l'attitude et le développement de la face.

P. A.

PRESSE FRANÇAISE. — SOCIÉTÉS SAVANTES FRANÇAISES.

Note sur une anomalie du pavillon de l'oreille portant sur la racine de l'hélix, par MM. CH. FÉRÉ et E. HUET
(*Société de Biologie*, séance du 10 octobre 1885, page 595).

Les anomalies du pavillon de l'oreille tiennent une grande place dans l'étude des dégénération organiques si fré-

quentes chez les aliénés ; mais il s'en faut que toutes les anomalies de cet organe aient été étudiées avec soin : on peut même dire que l'anomalie normale du pavillon de l'oreille a été la plupart du temps négligée par ceux qui se sont le plus occupés de cette question. Parmi les anomalies qui n'ont guère été jugées dignes de considération, nous en signalerons une qui mérite d'appeler l'attention et dont nous avons photographié plusieurs spécimens caractéristiques.

A l'état normal, la racine de l'hélix s'enfonce au-dessus du tragus dans la conque, où elle forme une sorte de contrefort peu saillant, de sorte que le fond de la conque est parfaitement plan dans toute sa partie postérieure.

Chez un certain nombre de sujets, cette racine de l'hélix prend un développement plus considérable et se prolonge en arrière, à travers la conque, jusqu'au voisinage du bord antérieur de l'anthélix. Cette disposition, qui est assez fréquente, coïncide souvent avec une plus grande largeur de la conque.

Dans d'autres cas enfin, beaucoup plus rares, la racine de l'hélix prend un développement énorme, se continue à travers la cavité de la conque, sans offrir d'affaissement notable et arrive à s'anastomoser avec l'anthélix en faisant la même saillie que lui. Il existe alors à travers la conque une sorte de pli de passage, tantôt transversal, mais plus souvent oblique de haut en bas et d'avant en arrière, de telle sorte que la réunion de la racine de l'hélix avec l'anthélix se fait quelquefois au voisinage de l'antitragus, comme on le voit sur une de nos photographies. Il résulte de cette disposition que la cavité de la conque est divisée en deux cavités secondaires situées l'une au-dessus et en arrière, l'autre au-dessous et en avant de la racine de l'hélix anormalement développée.

Certaines lésions pathologiques, et en particulier l'hématome cicatrisé du pavillon de l'oreille, peuvent simuler cette malformation en déterminant des saillies anormales dans la cavité de la conque ; mais l'anomalie que nous venons de décrire se distingue en ce que, sur la partie postérieure du pavillon de l'oreille correspondant au fond de la conque, on

trouve une dépression correspondant à la saillie formée par une gouttière cartilagineuse qui constitue la racine de l'hélix, tandis que dans le cas d'hématome, le cartilage ne présente aucune déformation.

Cette anomalie de l'oreille, généralement symétrique, peut être isolée ou coïncider avec d'autres malformations du pavillon. Il y aura lieu d'étudier sa valeur au point de vue de l'anatomie comparée, et de considérer sa fréquence dans les différentes formes de dégénérescence.

Nouvel otoscope de Gellé (*Société de Biologie*, séance du 24 octobre 1885, p. 623).

Le Dr Gellé place à la fin d'un tube en caoutchouc de 30 à 40 centimètres un tube de verre de 10 centimètres, précédant l'embout qui entre dans l'oreille de l'examiné; de cette façon, les bruits extérieurs ne sont pas transmis par l'enveloppe du tube otoscopique.

A. G.

Corps étrangers dans les voies aériennes, par CH. ÉTIENNE
(*Revue médicale de l'Est*, 15 octobre, 1885, p. 629).

Mémoire écrit d'après deux faits observés chez des enfants qui avaient avalé un bouton. Dans le premier, la trachéotomie fut pratiquée quelques jours après l'accident. La canule enlevée chaque jour dut être remplacée de suite, en raison de l'oppression qui se montrait aussitôt. Un jour cet enlèvement de la canule ne fut pas suivi de dyspnée, et la plaie put être fermée, sans que des accès de suffocation ne se fussent montrés. L'auteur pensa qu'un accès de toux avait débarrassé le larynx; mais on ne retrouva pas le corps étranger. Dans le second fait, on fut obligé de pratiquer la trachéotomie trois jours après l'accident. L'examen laryngoscopique fut pratiqué avec difficulté; il permit de constater du gonflement intra-laryngien, mais non l'existence du corps étranger. On enleva la canule tous les jours pendant un temps assez long. Ce ne fut qu'au bout de sept semaines que le corps étranger fut expulsé par la bouche.

L'auteur fait suivre ces observations de longues remar-

ques à propos de la conduite que doit tenir le chirurgien en pareille circonstance. Quand la trachée est ouverte, faut-il laisser la canule à demeure, sauf à la retirer fréquemment, ou se contenter de maintenir les bords à ceux de la plaie cervicale? Ceux qui ont soutenu cette dernière opinion y ont été amenés par l'idée de la chute du corps étranger dans la trachée et les bronches; ceux qui préfèrent l'application de la canule le font en raison du séjour possible du corps étranger dans le larynx pour l'empêcher de tomber dans les bronches d'où il pourrait ne pas sortir. Quant à l'intervention en cas de séjour prolongé dans le larynx, l'auteur est d'avis de ne pas ouvrir le larynx avant un délai d'au moins trois mois, malgré le grave inconvénient de maintenir la canule dans la trachée pendant un temps trop long. Il sera bon, pendant toute la durée de l'ouverture de la trachée, d'essayer d'enlever la canule de temps en temps, car le corps étranger pourrait bien être expulsé, même sans être vu. Enfin il conviendra de cathétériser le larynx de temps en temps pour s'assurer de la présence du corps étranger. Faisons observer que l'application de cocaïne, dont l'auteur ne parle pas, rend l'exploration laryngienne plus facile qu'il ne le dit. A. G.

Végétation polypoïde du larynx symptomatique d'une périchondrite suppurée des cartilages cricoïde et aryténoïde; gauches, dans le cours d'une fièvre typhoïde, adénopathie bronchique tuberculeuse; mort, autopsie, par TOUSSAINT (*Progrès méd.*, 17 octobre 1885, p. 290).

Observation intéressante suivie de longues et judicieuses réflexions. Le sujet est âgé de 25 ans; dans le cours d'une dothiéntérie, des lésions pulmonaires apparaissent et s'accroissent; c'est seulement six semaines après le début que se montrent les troubles de la gorge sous forme de *douleurs pharyngiennes et de dysphagie*; 15 jours plus tard la fonction vocale est atteinte et presque en même temps apparaissent la dyspnée et du cornage.

Au laryngoscope on constate à la commissure postérieure

du côté gauche l'existence d'un polype sessile du volume d'un petit pois et que l'on diagnostique *végétation polypoïde à la surface d'une végétation tuberculeuse*. Les troubles respiratoires deviennent plus forts. On se prépare à la trachéotomie, lorsque le malade succombe brusquement, en buvant.

A l'autopsie on trouva la disparition presque complète du cartilage aryténoïde, le périchondre était très épais et la conservation de l'apophyse vocale avait permis les mouvements de la corde vocale. Cette élimination du cartilage aryténoïde passa inaperçue et ne se révéla par aucun signe particulier. Le cartilage cricoïde est carié dans presque toute son étendue, mais c'est au chaton que la lésion est la plus prononcée. La végétation polypoïde qui siège au niveau de l'articulation crico-aryténoïdienne droite n'est autre chose qu'un bourgeon en cul de poule, semblable à ceux qui se produisent à l'extrémité d'un trajet fistuleux. L'auteur dit que cette remarquable production pathologique n'est signalée nulle part.

Toussaint fait suivre cette observation de réflexions qui lui sont inspirées par la lecture d'un grand nombre de cas de laryngo-typhus, relatés en 1884 par Lünig (*Archiv für Klinik chir.*). Il fait remarquer à juste titre que le processus a une prédilection pour les parties postérieures du larynx à raison de leur déclivité dans le décubitus horizontal.

Du reste, ce mode de début a été déjà signalé par l'auteur de cette analyse et avant lui par Ziemssen dans une description magistrale des périchondrites laryngiennes, que l'on trouve dans l'*Encyclopédie de Virchow*, etc...

La trachéotomie est une nécessité thérapeutique de ces cas; mais il faut dire, avec Toussaint et Lünig, que la canule devra être maintenue pendant un temps fort long, et que la voix sera troublée à jamais.

A. G.

Anévrisme de la crosse aortique, ouvert dans la trachée pendant la trachéotomie, par A. ROBIN (*Société méd. des hôp. de Paris*).

Un individu dut subir la trachéotomie en raison d'accès de suffocation très violents. A peine la canule était-elle introduite dans la trachée qu'un flot de sang sortit par l'orifice. Le malade succomba.

A l'autopsie on constata qu'il existait au niveau de la convexité de la crosse de l'aorte, entre l'origine du tronc brachio-céphalique, complètement oblitéré, et la naissance de la carotide gauche, une poche qui s'était ouverte dans la trachée au niveau de la face antérieure de la dernière portion de ce canal. Au niveau de l'ouverture, les cartilages étaient usés, et la perforation s'était produite à la faveur de l'extrémité de la canule qui avait exercé une pression sur la saillie que formait l'anévrisme dans l'intérieur de la trachée.

A. G.

Note sur l'origine du sinus maxillaire et de ses glandes, chez l'embryon, par G. E. LAGUESSE (*Société de Biologie de Paris*, séance du 7 novembre 1885, p. 1885).

L'auteur a étudié le développement du sinus maxillaire chez des embryons de mouton, de taille progressive; il a pu constater que cette cavité naissait d'un bourgeon épithélial se montrant, chez un embryon de 3 à 4 centimètres, à la partie supérieure et interne de la fente nasale, en communication à ce moment avec la cavité buccale dans presque toute son étendue. Le développement de la muqueuse du sinus maxillaire est simultané avec celui de la muqueuse pituitaire.

A. G.

PRESSE ÉTRANGÈRE. — SOCIÉTÉS SAVANTES ÉTRANGÈRES.

Infection tuberculeuse de l'oreille moyenne, par le Dr JOH. HABERMANN (*Zeitschrift für Ohren Heilkunde*, B. VI, 1885).

Déjà l'auteur, dans un précédent travail, a constaté la présence du bacille tuberculeux, non seulement dans les sécrétions, mais aussi dans la muqueuse elle-même de l'oreille moyenne. Aujourd'hui il s'est livré à de nouvelles recherches sur 21 oreilles provenant de malades morts de tuberculose. Sur ces 21 oreilles examinées au microscope, 5 ont présenté des signes bien nets de tuberculose miliaire. Ceux-ci existaient pour l'une d'elles dans l'oreille interne, tandis que pour les 4 autres c'est surtout la muqueuse de la caisse qui en était le siège. L'auteur croit aussi, à cause de cette localisation du bacille, que c'est de la muqueuse que doit partir l'inflammation infectieuse.

P. A.

Des affections de l'oreille dans la leucémie, par le Dr BLAU, de Berlin (*Société médicale de Berlin*, séance du 4 mai 1885).

Le Dr Blau communique l'histoire d'un malade atteint de leucémie, et chez lequel il s'était produit pendant la vie à trois reprises différentes tous les phénomènes qui caractérisent le syndrome de Ménière. A l'autopsie on trouva une exsudation dans le labyrinthe avec prolifération du tissu conjonctif et du tissu osseux de nouvelle formation. C'est le quatrième cas observé jusqu'à ce jour. Deux ont été décrits par Gottstein et le troisième appartient au professeur Polizer.

P. A.

Les rapports de la corde du tympan avec la perception du goût sur les deux tiers antérieurs de la langue, par ED. SCHULTZE, de Berlin (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde*. Vol. XV, 1^{re} livr.).

La question de l'origine des fibres nerveuses, servant à la perception du goût sur les deux tiers antérieurs de la langue,

a, comme on sait, donné lieu à de nombreuses discussions. Les observateurs n'ont pas réussi, jusqu'ici, à se mettre d'accord sur ce point de physiologie. C'est ainsi que O. Wolf, à la suite de l'incision du pli postérieur de la membrane du tympan, a observé la paralysie du goût dans le tiers antérieur de la langue ; il en conclut que, dans l'opération, il y a eu section de la corde du tympan et que, par suite, celle-ci ne sert à l'innervation de la langue que dans le tiers antérieur. D'autre part, Cl. Bernard et Duchenne ont reconnu l'influence de la corde sur les deux tiers antérieurs de la langue.

L'auteur de l'article que nous analysons rapporte un cas où, dans l'excision d'un polype de l'oreille, la corde du tympan fut coupée. Toute sensation gustative disparut sur les deux tiers antérieurs de la moitié correspondante de la langue. L'auteur en conclut que la corde du tympan fournit toutes les fibres du goût dans les deux tiers antérieurs de la langue et que, dans le cas de Wolf, la section de la corde n'avait pas été complète, ce que semble indiquer d'ailleurs la restitution rapide du goût.

Schultze passe en revue les diverses observations se rapportant au sujet, et n'en trouve pas qui soient en désaccord avec sa thèse.

Il semble donc établi que la corde du tympan fournit les fibres gustatives des deux tiers antérieurs de la langue, c'est-à-dire de toute la portion non innervée par le glosso-pharyngien. Il serait intéressant de contrôler le fait dans les cas où la corde du tympan est coupée, soit à la suite d'une opération dans la caisse, soit par un processus pathologique.

En terminant, Schultze fait remarquer qu'il faut reporter au nerf de Sapolini, ou treizième nerf du cerveau, la fonction attribuée à la corde du tympan. Sapolini est arrivé, en effet, après des recherches longues et pénibles, à suivre ce nerf, dont le nerf intermédiaire de Wrisberg et la corde du tympan ne sont que les extrémités périphériques, depuis son origine dans les cordons latéraux du quatrième ventricule, à travers le ganglion géniculé, jusqu'aux dernières ramifications de la corde dans la langue.

D^r JOLY.

Otite moyenne catarrhale sèche bilatérale, scotome auditif à gauche, par le Dr GIOV. SOUGHI.

Dans la *Revue mensuelle de Laryngologie, d'Otologie, etc.* (1884-n° 2), le Dr Brunschvig rapporte un cas de la clinique de Baratoux (cas d'otite moyenne catarrhale subaiguë bilatérale) où il y avait à droite une dépression cicatricielle en avant du triangle lumineux. Au début du traitement (cathétérisme de la trompe et insufflations balsamiques); la montre était entendue à droite à 2 centimètres, à gauche au contact. Deux mois après la montre était entendue à gauche à 19 centimètres, à droite de 20 à 16 centimètres, et de 13 centimètres au contact; de 16 à 13 centimètres elle ne l'était pas. L'auteur donne à ce phénomène le nom de *scotome auditif*, par analogie avec le scotome visuel.

Soughi rapporte une observation analogue et conserve le nom de scotome auditif, bien que le nom d'interférence auditive lui paraisse plus convenable.

L'auteur a vu la malade pour la première fois le 30 mars dernier et a constaté :

A droite : conduit auditif normal, membrane tympanique complètement opaque, se fondant graduellement avec la peau du méat. Pas de triangle lumineux. Mobilité à peine appréciable. Catarrhe naso-pharyngien; trompe d'Eustache perméable; la douche d'air donne un bruit de souffle rude, sec. En fermant l'oreille opposée le diapason ut_3 de Politzer est entendu à 25 centimètres, l'acoumètre de Politzer à 2 mètres, la parole murmurée à 1 mètre. L'expérience de Riusse est négative.

A gauche : conduit auditif normal, membrane du tympan complètement opaque, surtout à la périphérie, concavité non appréciable. Dans l'expérience de Valsalva ou de Toynbec et avec l'otoscope de Siegle la partie périphérique reste immobile, mais la partie centrale obéit à la pression. La trompe d'Eustache est perméable, et il n'y a pas d'exsudat dans la caisse. La douche d'air donne la même impression qu'à droite. L'expérience de Riusse est négative. La parole mur-

murée est perçue à 1 mètre; l'acoumètre de Politzer, à 2 mètres; le diapason, à 25 centimètres.

En approchant peu à peu le diapason à partir de cette distance et en maintenant toujours fermé le conduit auditif droit, le son est bien perçu jusqu'à 15 centimètres du pavillon; à ce point la perception cesse subitement et reste absente jusqu'à 10 centimètres, puis le son est bien perçu jusqu'à la conque.

L'auteur a renouvelé l'expérience en variant les conditions et en ayant recours à d'autres sources sonores, et toujours le phénomène s'est reproduit, jusqu'au trentième jour, où l'audition s'étant améliorée sous l'influence du traitement, l'aire négative d'audition cessa d'exister. La membrane avait changé d'aspect, sa mobilité avait augmenté et actuellement l'amélioration s'est maintenue et le traitement est continué avec l'espoir du succès final.

Ce qui rend le cas intéressant, c'est le phénomène d'une aire auditive intermédiaire négative, ou *scotome auditif*.

Nous ne suivons pas l'auteur dans ses tentatives d'explication. Elles nous paraissent prématurées, et le nombre des cas de ce genre qui ont été observés n'est pas assez grand pour permettre des conclusions certaines. Mais ce qu'il faut retenir, c'est qu'ici, comme dans le cas de Baratoux, la membrane du tympan présente un relâchement relatif de l'une de ses parties. Des observations ultérieures pourront seules nous apprendre si le scotome accompagne toujours une différence de tension des diverses régions de la membrane. On aurait alors un nouveau moyen de diagnostic de ces anomalies partielles de tension. Quant à l'explication du phénomène, elle ne peut, à notre avis, être fournie que par l'étude expérimentale des vibrations de membranes dans lesquelles on aurait produit artificiellement des régions de tensions différentes.

D^r JOLY.

Hipersecreción del cerumen endurecimiento y accumulo en el meato externo (Hypersécrétion de cérumen durci et accumulé dans le conduit auditif externe), par le Dr D. ENRIQUE MORESCO (*Anales de Otologia y Laringologia*, año III, 1885, n^{os} 7 et 8, p. 165).

Les symptômes subjectifs produits par l'accumulation de cérumen durci dans le conduit auditif externe se rangent en quatre groupes ; cependant ils sont loin d'avoir la même valeur diagnostique que l'examen direct de l'oreille malade.

1° *Altération subite et même perte complète de l'ouïe.* — Un simple éternuement, un bain froid, un mouvement de mastication peuvent déplacer un bouchon cérumineux, qui alors vient obstruer le conduit et s'appliquer sur la membrane du tympan. La perte de l'ouïe est parfois telle qu'elle simule la surdité nerveuse ; il est nécessaire pour faire le diagnostic de se servir du diapason, dont la perception crânienne est intacte et même augmentée. Mais ces cas de surdité totale sont rares ; ordinairement on constate une diminution d'un cinquième dans l'acuité auditive.

2° *Tintements d'oreille.* — C'est là un phénomène qui attire le premier l'attention des malades ; il est plus pénible qu'on ne le croit, et, pour s'en rendre compte, il suffit de se maintenir la main appuyée quelque temps sur l'oreille. Ces tintements peuvent être aussi prononcés que dans les lésions nerveuses les plus graves. Ils sont du reste sujets à de grandes variétés : ils imitent tantôt le chant du grillon, tantôt le bruit des cloches ; souvent ce sont de simples bourdonnements.

3° *Vertiges.* — Ils sont dus à la pression exercée sur le liquide de Cotugno. On a même vu un tampon volumineux amener ainsi la mort. Le plus souvent le vertige est consécutif aux mouvements de mastication, à l'action de se curer les oreilles. Toynbee a même signalé des symptômes cérébraux, tels que l'impossibilité de marcher sans appui.

4° *Douleur.* — Elle est constante, souvent aiguë, et peut simuler une otite interne ou moyenne.

Le traitement de l'accumulation cérumineuse doit être curatif et préventif.

Le meilleur moyen pour enlever le bouchon de cérumen est de diriger un jet d'eau tiède entre la paroi du conduit et l'amas cérumineux. Parfois on ne réussit pas du premier coup et il faut y revenir à plusieurs fois ; on se trouvera bien, entre les séances, d'instillations de glycérine dans l'oreille. Parfois même, le courant d'eau ne suffit point, et il faut extraire le bouchon avec les pinces.

Un point essentiel, c'est d'examiner avec soin l'oreille, et de continuer les irrigations jusqu'à ce que le conduit externe soit complètement débarrassé : car un simple petit fragment de cérumen adhérent au tympan produit souvent les mêmes accidents qu'un gros tampon obstruteur.

Pour éviter les récidives, il faudra, pendant les six semaines qui suivront l'opération, faire journellement une irrigation tiède dans l'oreille.

M. L.

Nouvelle communication sur le traitement de la diphtérie par la papayotine, par H. KRIEGE (*Jarbuch für Kinderheilkunde*, 1885, t. XXII, 1^{er} et 2^e fasc.).

Le Dr Kriege a traité 58 cas de diphtérie par la méthode de Kohts, avec des résultats semblables, et voici quels sont les effets thérapeutiques observés par ce dernier : dissolution des membranes de la cavité naso-pharyngienne par une solution de 5 0/0. Le pansement doit avoir lieu chaque demi-heure. Celles de la trachée se ramollissent également par l'emploi de cette solution et sont rejetées par la canule a au bout de deux à trois heures. La papayotine ne modifie pas la forme infiltrée de la diphtérie, elle n'exerce aucune action nocive sur les muqueuses pharyngienne, trachéale, bronchique et stomachale. Bien qu'elle ne soit pas un spécifique de la maladie, elle réussit très bien quand on l'emploie dès le début et son emploi diminue alors le chiffre de la mortalité.

A. G.

L'acide lactique dans la tuberculose laryngée, par
H. KRAUSE (*Berliner klin. Wochensch.* 1885, n° 29).

Ces expériences ont été faites sur nombre de cas, depuis l'ulcération superficielle jusqu'à la plus profonde, avec périchondrite et œdème prononcé, traités sans succès par la glycérine iodée, l'acide borique, la cocaïne. La solution fut de 10 0/0 à 25,50 et même 80. Jusqu'à 50, l'action topique est facile à tolérer, mais au delà, du spasme glottique accompagné de brûlure et de sécheresse peut être la suite de cette application. Si les ulcérations sont profondes, il est nécessaire d'injecter le liquide avec une seringue; il ne faut pas toucher les ulcérations d'une manière trop brusque avec le porte-topique; les symptômes peuvent en tout cas être atténués par le badigeonnage à la cocaïne. Le résultat de ces pansements est une diminution du gonflement et de la rougeur, et, si la solution est très concentrée, l'apparition d'escarres circulaires empiétant sur les parties saines; alors la douleur peut être plus vive et l'aphonie plus prononcée; mais ce n'est que passager, l'escarre tombe au bout de quelques jours et le tissu sous-jacent est couvert de granulations de bonne nature; les végétations diminuent, et les troubles fonctionnels s'atténuent de plus en plus. En l'absence d'ulcérations, l'application peut être quotidienne, mais si une escarre se forme, il faut, pour recommencer, attendre la guérison de de l'ulcération consécutive.

A. G.

Syphilis du larynx chez les enfants, par SCHETZ (*Deutsche med. Wochensch.*, n° 38, 1885).

Cette localisation de la maladie est fort rare à cet âge de la vie, et l'auteur a écrit son mémoire d'après 5 cas; un de ces cas ayant trait à un enfant de 9 ans est surtout exposé avec de grands détails.

Le père avait eu la syphilis, un frère et une sœur sont bien portants; le petit malade eut, à l'âge de six ans, de l'arthropathie, une double kératite et de l'angine; de l'adé-nopathie cervicale se manifesta peu à peu, et enfin on vit

apparaître une plaie à la région du cou, le tout attribué à la scrofule et traité en conséquence.

Cette plaie, d'autres tumeurs fluctuantes près des oreilles et l'adénopathie évoluèrent pendant quelques années, et au bout de trois ans apparurent les accidents laryngiens : aphonie, tirage, oppression violente ; à l'examen de la gorge on vit de graves lésions ulcéreuses du pharynx ; l'épiglotte et la région aryénoïdienne, très tuméfiées, étaient le siège d'ulcérations assez étendues ; les cordes vocales étaient inexplorables ; la muqueuse nasale était très hypertrophiée, comme le montra la rhinoscopie antérieure et postérieure. Sous l'influence des pansements laryngiens au nitrate d'argent et de l'iode de potassium à forte dose, les accidents graves disparurent en quelques jours (*contre toute attente, dit l'auteur*).

A ce propos, je ferai remarquer que, dans des leçons sur la syphilis tertiaire du larynx, le Dr Gouguenheim avait déjà montré l'influence rapide de l'iodure de potassium, à condition que les doses fussent élevées, sur la disparition de ces poussées violentes de syphilis tertiaire du larynx. A. G.

Des opérations plastiques destinées à obturer les fistules externes de la trachée et du larynx, par RANKE, de Groningue (*Deutsche Zeitschrift für Chirurg.* ; in *Journ. des soc. scientif.*, n° 43, 1885).

Le lambeau, dont la surface épidermique devra être tournée vers l'intérieur du larynx, sera taillé dans la peau du voisinage en forme de languette, et son étendue devra être double de celle de la solution de continuité ; un bandage lui permettra de conserver sa situation. La suture aura lieu en haut et en bas et on devra laisser de chaque côté une petite ouverture destinée à prévenir un emphysème un peu considérable, après l'opération. Plus tard, cette ouverture sera facilement obturée par de simples cautérisations. Cette opération a été pratiquée dans un cas de fistule laryngée énorme, chez un individu de quarante-huit ans, qui avait tenté de se suicider.

A. G.

O functionalnich raistroistwach golosowowo apparata w periode nastuplenia polowoi screlosti. (Asynergie vocale de la période de la mue), par N. SIMANOWSKI (*Get-schen Klin. Gazeta*, 1885 N° 16-19; — en russe).

D'après l'auteur, la mue peut se faire de trois façons différentes :

1° Dès le début des phénomènes de l'établissement de la puberté, la voix claire de l'enfant devient peu à peu enrouée, rauque, parfois même complètement aphone. Puis, quand, au bout d'un à trois mois cet enrouement se dissipe, l'enfant parle avec une voix mâle ;

2° Dans d'autres cas, au milieu du chant ou de la conversation, la voix enfantine est brusquement entrecoupée de sons graves, rauques. Ces alternatives deviennent de plus en plus fréquentes, jusqu'à ce qu'enfin la voix enfantine, devenue de plus en plus rare, fasse définitivement place à la voix mâle.

3° Un troisième groupe comprend les cas où les modifications de la voix se font progressivement et sans secousses.

La mue de la voix coïncide avec un accroissement rapide des cartilages du larynx. Elle suit généralement le développement génital ; mais il est des cas où, bien que l'évolution des organes de la reproduction se soit accomplie d'une façon parfaite, la voix s'est mal modifiée ; et les malades, tout en ayant perdu leur timbre enfantin, parlent dans une tonalité qui rappelle le registre de fausset. L'auteur attribue ce trouble à un manque de coordination des muscles laryngés. Le plus souvent c'est l'aryténoïdien transverse ou le thyro-aryténoïdien qui ne suffisent point à leur tâche. Aussi les malades qui s'efforcent de parler font-ils de violentes contractions du larynx, qui amènent rapidement une grande fatigue vocale.

Suivent des observations où l'auteur a rapidement guéri des dysphonies de la mue par la méthode gymnastique vocale de Fournié.

M. L.

Des injections sous-cutanées de cocaïne salicylée dans l'asthme et la toux nerveuse, par le D^r BESCHORNER, de Dresde (*Monatssch. für Ohrenh.*, n° 10, octobre 1885).

L'auteur cite deux observations de malades atteints d'asthme très violent et chez lesquels toutes les médications connues avaient échoué. Le D^r Beschorner eut alors l'idée de leur faire des injections sous-cutanées de cocaïne salicylée (0gr, 04 de cocaïne par injection). Déjà après une première injection, l'une des malades put rester six jours tranquille et passer les nuits dans son lit sans s'apercevoir de rien. Vers le dixième jour on fit une nouvelle injection qui amena encore un calme de vingt jours. A ce moment une troisième injection fut nécessaire et le malade n'a rien éprouvé depuis lors. Chez l'autre malade une seule injection a suffi pour faire disparaître les accès. Un troisième malade atteint de toux nerveuse a été aussi guéri par le même procédé. P. A.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE LARYNGOLOGIE ET D'OTOLOGIE.

Le Comité, dans sa dernière réunion, a pris les résolutions suivantes :

1^o L'ouverture de la session générale pour l'année 1886 aura lieu le mardi 27 avril prochain, à 8 heures du soir, mairie du 1^{er} arrondissement. A la fin de chaque séance, on fixera l'heure de la réunion suivante;

2^o L'article 10 du règlement est ainsi conçu :

« Le manuscrit de tout mémoire présenté ou lu dans les séances de la session ordinaire ou générale sera écrit en français et ne pourra excéder dix pages du *Bulletin* de la société. »

3^o L'article 5 des statuts dit :

« Pour obtenir le titre de membre titulaire, il faudra remplir les conditions suivantes :

« Etre docteur en médecine;

« Adresser une demande d'admission au secrétaire;

« Joindre à la demande un mémoire imprimé ou inédit sur les travaux spéciaux dont s'occupe la Société. »

4^e Le Comité a l'honneur de rappeler à MM. les membres de la Société les deux questions qui ont été mises à l'étude pour la session générale de 1886 :

A. Traitement de la suppuration de la caisse du tympan.

B. Traitement local de la tuberculose laryngée (période ulcéreuse) par les moyens chirurgicaux.

5^e Le titre et le manuscrit des communications doivent être adressés à M. le D^r Moura, secrétaire, rue d'Amsterdam, 72 bis, avant le 1^{er} avril, et les cotisations de l'année 1886, à M. le D^r Ménière, 8, boulevard des Capucines.

Fait à Paris, le 25 janvier 1886.

Pour le Comité : *Le Secrétaire,*

D^r MOURA.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Histoire de la médecine, par L. BARBILLION, chez Dupret, éditeur, 3, rue de Médicis, 1885.

Riechen und Geruchsorgan (De l'odorat), par WILHEM HACK, chez J.-F. Bergmann. Wiesbaden, 1885.

Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie und Laryngologie (Pratique chirurgicale de rhinologie et de laryngologie, de 1875 à 1885), par MAX SCHEFFER, de Brême, chez J.-F. Bergmann. Wiesbaden, 1885.

Manopola posta-specchio laryngo, par VITTORIS NICOLAI, de Milan.

Clinique laryngologique et rhinologique du dispensaire allemand de New-York, par le D^r GLEIDSMANN.

Aphonie spasmodique, de MICHAEL, de Hambourg.

Le Gérant : G. MASSON.

